ITEM 16 : PROTECTION SOCIALE – CONSOMMATION MEDICALE

PROTECTION SOCIALE

Protection sociale = ensemble des mécanismes de protection accordés par la société à ses membres pour leur permettre de faire face aux risques sociaux et à leurs conséquences financières
- **Risques sociaux** = situation susceptible de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses : **vieillesse, chômage, maladie**…

Principes

Assurance sociale obligatoire	= Mécanismes de transfert de type contribution/prestations - Financées par les cotisations sociales prélevées sur les revenus - Réservées à ceux qui cotisent et leurs ayants droit	→ **Allocations familiales**, **pôle Emploi**…
Assistance sociale	= Solidarité entre individus pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion - Soumises à des conditions de ressources et de besoins - N'obéissent pas à une logique contributive : ne nécessite pas de cotisation préalable de la part du bénéficiaire	→ **RSA**, **Allocation adulte handicapé**…
Protection universelle	= Couvre certaines catégories de dépenses pour tous les individus - Sans conditions de ressources et identiques pour tous	→ **Prestations familiales**…
Prévoyance	= Individuelle ou collective	→ **Epargne, assurance privée, mutualisation des risques**

Prestations de protection sociale

- **Versement de prestations sociales** : - En **espèce** = revenu de remplacement: indemnité journalière, pension de retraite
  - En **nature** : remboursement de dépenses (soins de santé…), financement direct de services (tiers-payant..)…
- **Accès à des prestations de services sociaux fournis gratuitement** ou **à des prix réduits** (crèche, cantine…)

→ Dépense de protection sociale = **30% du PIB** en 2010 (pour 25% du PIB en 1980)

Répartition par risque social	- **Vieillesse/survie** = **45%** : retraite… - **Santé** = **35%** : remboursements de soins, indemnités journalières, rentes d'invalidités… - **Famille** = **10%** : allocations familiales, bourses d'étude… - **Emploi** = **6%** : allocation chômage, formation professionnelle… - **Logement** = **2,5%** : aide personnalisée au logement (APL)… - **Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** = **2,5%** : RSA…
Evolution	- ↗ des prestations sociales plus rapide que la production de richesse nationale : ↗ de la part du PIB - Les prestations vieillesse et santé représentaient 80% des prestations sociales en 2015. - Stabilité relative de la part de chaque risque social, avec prédominance de la vieillesse/survie et santé

Financement

Cotisations sociales	= Versements obligatoires effectués par les non-salariés, les salariés et les employeurs pour acquérir des droits à des prestations sociales **- Assurance maladie/maternité/invalidité/décès, assurance vieillesse, assurance chômage** et **allocations familiales** - **Contribution solidarité-autonomie** : due par les employeurs publics et privés, redevable de la cotisation patronale d'assurance maladie Le poids des cotisations dans les ressources de protection sociale diminue depuis 1990 au profit des ressources fiscales.
Ressources fiscales	= **Impôts** et **taxes affectés** : part croissante - **Transferts de ressources fiscales** versées de manière permanente aux régimes de la Sécurité sociale - **Impôts sur les produits** (alcool, tabac, assurance automobile…) - **Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre** - **Impôts sur le revenu et le patrimoine**, dont la **contribution sociale généralisée (CSG)** et la **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)**
Contributions publiques de l'Etat	- **Financement des dépenses de solidarité** : RSA, fond de solidarité-vieillesse - **Exonération des cotisations employeurs** - **Subventionnent des régimes** : régimes de retraite où le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités
Evolution	- Cotisations sociales : prépondérante, mais en diminution - Ressources fiscales : en augmentation rapide (CSG)

	Problématiques	- Evolution démographique avec **vieillissement des populations** - **Flexibilité du marché du travail** : difficultés d'emploi chez les jeunes et les > 50 ans - **Poids de la financiarisation de l'économie** : crise bancaire et économique

Modèles européens	**Modèle bismarckien**	**Modèle beveridgien**
	= **Protection sociale organisée par l'Etat :** - Protection sociale liée au travail - Couverture maladie conditionnée à l'exercice d'une activité professionnelle - Financement par des cotisations sociales, payées par les salariés et employeurs - Revenus de protection maladie proportionnels aux revenus de l'activité professionnelle - Assurances sociales obligatoires fortement contrôlées par l'Etat → **Pays-Bas, France, Belgique, Allemagne, Luxembourg**	= **Système de sécurité sociale étatique** - **Unité** : un seul système pour tous les risques - **Uniformité** : prestations identiques pour tous, quels que soient les revenus antérieurs - **Universalité** : toute la population est couverte, et peut recevoir des prestations, sans contribution financière obligatoire → **Royaume-Uni, Italie, Irlande, Espagne, Suède, Grèce, Danemark, Russie, Finlande**
	- **Difficulté de maîtrise des dépenses de santé** - Génère des **exclus** : citoyens ne travaillant pas ou sans lien avec un travailleur	- **Rationnement quantitatif des soins** - **Liberté de choix limité pour l'individu** - **Secteur privé lucratif pour les classes aisées**

Caractéristiques	**Rôle majeur de l'état**	**Rôle important de l'état**	**Rôle d'arbitrage de l'état**
	Liberté de choix limité pour l'individu Dépenses de santé contenues Files d'attente Secteur privé lucratif pour les classes aisées.	Liberté de choix de l'individu dans le système de santé Dépenses de santé difficiles à contrôler Offreurs publics et privés	Initiative privée privilégiée dans l'offre de soins Dépenses de santé non contrôlées Offreurs multiples dans un marché concurrentiel
Pays	Royaume-Uni Italie Irlande Espagne Suède Grèce Danemark Russie Finlande	Pays bas France Belgique Allemagne Luxembourg	USA Suisse

SECURITE SOCIALE

Historique

- Loi du 9 avril 1898 : **responsabilité automatique de l'employeur en cas d'accident du travail**
- Loi du 5 avril 1910 : **- Retraite des ouvriers et des paysans**
  - Régime obligatoire d'assurance pour les salariés du commerce et de l'industrie et les agriculteurs
- Loi de 1930 = tentative de **généralisation des assurances sociales** : régime spécial pour les agriculteurs, protection des salariés de l'industrie et du commerce lié à un employeur et recevant un salaire inférieur au plafond d'affiliation, dans 5 domaines de risque (maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès), choix de l'organisme assureur par l'assuré
- **Sécurité sociale de 1945** : **couverture des risques sociaux** (hors chômage) pour tout travailleur salarié (puis indépendant en 1966), rôle des **mutuelles complémentaires** de la Sécurité sociale, persistance de **régimes spéciaux** pour certaines profession (agriculteur, EDF, SNCF, mines, fonctionnaires…)
- **Couverture maladie universelle** : mise en place en 2000

Organisation

Gestion de la Sécurité sociale

Ordonnances Jeanneney de 1967 : **gestion par les patronats et les syndicats**, de façon paritaire
Ordonnances Juppé de 1996 : **rôle plus important de l'Etat**
- Etablissement du projet de **loi de financement de la Sécurité sociale (**LFSS) selon les recommandations du HCSP et les conclusions de la Conférence nationale de santé
- Parlement : **LFSS** (dans les 50 jours), **ONDAM**, **droit de la sécurité sociale, recettes fiscales** (CSG) et **parafiscales** (taxes sur l'alcool, le tabac)
- **Conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion** : signées entre l'Etat et les établissements publics nationaux du régime général
- **Caisses nationales** = **statut public**
- **Caisses d'échelon territorial inférieur** = **statut privé chargé d'un service public**

Régimes

- **Régime général** = **85%** : **salariés, étudiants, bénéficiaires de certaines prestations, résidents**
- **Régime agricole**, au sein de la **Mutualité sociale agricole** (MSA) = 5% : **exploitants et salariés agricoles**
- **Régime social des travailleurs indépendants** (RSI) = **Depuis le 1er janvier 2018 la protection sociale des indépendants n'est plus gérée par le RSI mais est confiée au régime général de la Sécurité sociale.**
+ **130 régimes spéciaux** : fonction publique, collectivités territoriales, EDF, GDF, SNCF, RATP, mines…

Régime général des travailleurs salariés

4 branches autonomes, gérées par une **caisse nationale** (établissement public à caractère administratif) qui coordonne un **réseau de caisses territoriales** (organisme de droit privé en charge d'un service public, soumis au contrôle et à la tutelle de l'Etat)
- Générale : maladie maternité, invalidité et décès, accidents de travail et maladie professionnelles.
- Famille
- Vieillesse
- Recouvrement

→ Chaque branche doit assurer l'équilibre financier entre ses recettes et ses dépenses
A la tête de chacune des branches est placée une caisse nationale qui coordonne et gère un réseau de caisses territoriales ; Chaque branche de caisse doit en théorie assurer l'équilibre financier entre recettes et dépenses.

Générale	- Caisse nationale : **ACOSS** (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale) au niveau national → Caisse locale : **URSSAF** (Union de recouvrement des cotisations de la Sécurité sociale et d'allocations familiales) au niveau régional → Caisse locale : **CGSS** (caisse générale de Sécurité sociale) chargées de tous les risques dans les DOM
Famille	- Caisse nationale : **CNAF** : caisse nationale d'allocations familiales → Caisse locale : **CAF** : caisse d'allocations familiales
Santé	- Caisse nationale : **CNAMTS** : Caisse nationale d'**assurance maladie des travailleurs salariés** → Caisse locale **CPAM** : Caisse primaire d'**assurance maladie** → Caisse locale **CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de la **santé au travail** → Caisse locale : CGSS
Retraite	- Caisse nationale : **CNAVTS** : Caisse nationale d'**assurance vieillesse des travailleurs salariés** → Caisse locale : **CARSAT** : caisse d'**assurance retraite** et de la santé au travail → Caisse locale : CGSS

ASSURANCE MALADIE DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

CNAMTS : risques **maladie**, **maternité**, **invalidité**, **décès** et **accidents de travail/maladies professionnelles**
- **Médecins-conseils** = **service du contrôle médical de l'assurance maladie** : vérifie la pertinence des soins dispensés, et peut déclencher le cas échéant des procédures de sanction à l'encontre des professionnels de santé et des assurés

Missions	Périmètre d'actes remboursables			= Détermine, avec les autres régimes nationaux (MSA et RSI), le **périmètre des actes remboursables**, en s'appuyant sur les recommandations médicales et les avis de la HAS
	Tarification des actes et niveau de prise en charge			= Possibilité de moduler le **niveau de prise en charge des services, actes ou biens médicaux** et les **outils de tarification** : - **Classification commune des actes médicaux (CCAM)** - **Tarification à l'activité (T2A)** des établissements de santé - Fixés au niveau national par l'**UNCAM** (Union nationale des caisses d'assurance maladie), avec association de **l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire** (UNOCAM)
	Négociations conventionnelles			= Etablissement du **système conventionnel**, qui régit les relations entre les professionnels de santé et l'assurance-maladie
	Autres missions			- **Planification de l'offre de soins** avec les ARS - **Prévention et information des assurés** - **Information des professionnels de santé** - **Maitrise médicalisée des dépenses** : programme pluriannuel de gestion du risque
Accès à l'assurance maladie	La PUMa protection universelle maladie			La PUMa a remplacé la CMU de base. Couvre les frais de santé de toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. Les conditions d'ouverture de droits ont été simplifiées : - Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale. - Les travailleurs indépendants ont droit à la prise en charge dès le début de leur activité. Pour les personnes sans activité : bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France. Objectifs de la PUMa : - Simplifier la vie des assurés : suppression progressive des démarches administratives. - Assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé. - Réduire au strict nécessaire les démarches administratives. - Donner plus d'autonomie et de confidentialité aux assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé. AME : peut être accordée pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière résidant en France de manière stable depuis plus de 3 mois et sous réserve de remplir les conditions de ressources.
Prestations	*Prestation en espèces*	= Compense les pertes de revenus subies du fait de la cessation de l'activité professionnelle liée à une maladie, un accident ou une maternité : ne bénéficie **qu'aux assurés sociaux** (non aux ayants droit), selon des conditions d'éligibilité, dont une durée minimale de travail salarié		
		Incapacité temporaire de travail	Modalités d'instauration et de prolongation	- Prescription par tout **médecin** (ou **sage-femme** ou **chirurgien-dentiste** dans certaines conditions) avec appréciation de l'ITT par le prescripteur - **Avis d'arrêt de travail** à transmettre **à la CPAM** (dans les **2 jours** ouvrables suivant la date d'interruption de travail) et **à l'employeur** - **Prolongation d'arrêt de travail** : possible uniquement par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, le médecin traitant, un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation
			Obligations	- **Abstention de toute activité non autorisée** (rémunérée ou non) - Respect des heures de sortie (sauf soins ou examens médicaux) : **interdite**, **autorisées** par le médecin avec présence obligatoire au domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h ou **sortie libre sur décision justifiée du médecin** - **Observation des prescriptions** du médecin → Contrôle possible par le service du contrôle médical de l'Assurance maladie, avec retenue totale ou partielle des indemnités en cas de non respect

<table>
<tr><td rowspan="5">Prestation</td><td rowspan="4">Prestation en espèces</td><td rowspan="2">Incapacité temporaire de travail</td><td>Indemnités journalières</td><td>= Versées par la CPAM, sous condition de cotisations suffisantes
- A compter du 4e jour d'arrêt de travail = délai de carence de 3 jours
➙ Ne s'applique pas si reprise d'activité < 48h entre 2 arrêts de travail ou en cas d'arrêts successifs liés à une ALD
- Montant : - 50% du salaire journalier sur les 3 derniers mois, versé tous les 14j
- Plafonné à 1,8 x le SMIC mensuel
- Si ≥ 3 enfants à charge : 2/3 du salaire journalier à partir du 31e jour
- Limité à 360 indemnités journalières pour une durée de 3 ans consécutifs
- Si l'arrêt de travail est en rapport avec une ALD ou en cas d'interruption de travail continue > 6 mois : période maximale de 3 ans
± Indemnités complémentaires versées par l'employeur : sous conditions (1 an d'ancienneté), pour atteindre 90% du salaire, puis 2/3 à partir du 31e jour, avec un délai de carence de 7 jours, pour une durée variable selon l'ancienneté
➙ Variable selon la convention collective, jusqu'au maintien intégral du salaire</td></tr>
<tr><td>Reprise du travail</td><td>- < 30 jours : sans visite médicale obligatoire
- > 30 jours : visite de reprise obligatoire dans les 8 jours après la reprise
- > 3 mois : + visite de pré-reprise à la demande de l'employé, du médecin traitement ou du médecin-conseil (et non du médecin du travail ou employeur)</td></tr>
<tr><td>Maternité</td><td colspan="2">- Congé légal minimal indemnisé de 16 semaines (6 semaines avant accouchement et 10 après accouchement), si immatriculée depuis > 10 mois à la date prévue d'accouchement
- Modalités plus favorables à partir de la 3e grossesse ou si grossesse compliquée ou gémellaire
- Selon l'accouchement : - Prématuré : durée totale identique (congé post-natal prolongé)
- Tardif : durée totale augmenté (congé post-natal maintenu)
- Indemnités par la CPAM : salaire journalier moyen des 3 derniers mois (plafonné)</td></tr>
<tr><td>Invalidité</td><td colspan="2">= Altération définitive de la capacité de travail et de gain de l'assuré pour raison d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, ou usure prématurée de l'organisme
- Réduction ≥ 2/3 de la capacité de travail ou de gain de la personne</td></tr>
<tr><td>Pension d'invalidité</td><td>= Versée à l'expiration de la période maximale d'indemnités journalières de l'assurance maladie = 3 ans ou lors d'un examen réalisé par médecin-conseil du service de contrôle médical constatant aucune amélioration possible
- 1ère catégorie = capable d'exercer une activité rémunérée : pension ou rente de 30% du salaire antérieur (sous limite d'un plafond)
- 2nd catégorie = incapable d'exercer : pension de 50% du salaire antérieur
- 3e catégorie = obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne dans les actes ordinaires de la vie : majoration tierce personne
➙ Versée jusqu'à l'âge de 60 ou 62 ans selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge à la retraite</td></tr>
<tr><td>Décès</td><td colspan="2">- Capital versé à certains bénéficiaires (conjoint > enfants > ascendants) de 3415€
- Pension versée au conjoint si invalide, sous conditions : 54% de la pension d'invalidité</td></tr>
<tr><td>Prestation en nature</td><td colspan="3">= Remboursement partiel ou total des frais engagés par l'assuré social ou ses ayants droit, ou prise en charge directe en établissement de santé public ou privé
- Sur prescription établie par un médecin pour la plupart des biens et services médicaux
- Prix des biens et des services fixés par l'autorité ministérielle
- Honoraires des médecins fixés par convention nationale entre syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux et les caisses d'assurance maladie au cours des négociations périodiques arbitrées par l'Etat
- Actes définis par la Classification commune des actes médicaux (CCAM)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Frais couverts</td><td colspan="2">- Médecine générale et de spécialité
- Soins et prothèses dentaires
- Pharmaceutique et d'appareillage
- Analyses biologiques médicales et examens de laboratoires
- Hospitalisation et traitement dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation
- Examen prénuptial
- Afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté
- Relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique
- Hébergement et traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle
- Transports des malades sous conditions et limites (selon l'état du malade et le coût du transport)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="12">Prestations</td><td rowspan="4">Prise en charge des soins</td><td rowspan="4">Ticket modérateur</td><td colspan="5">= Part des frais engagés pour les soins qui reste à la charge de l'assuré social après remboursement par l'assurance maladie
- Objectif de responsabilisation financière des patients
- Pris en charge totale ou partielle par une assurance privée ou une mutuelle complémentaire</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Consultation</td><td colspan="3">Dans le cadre du parcours de soins</td><td>70%</td></tr>
<tr><td colspan="3">Hors parcours de soins</td><td>30%</td></tr>
<tr><td colspan="3">Auxiliaires médicaux</td><td>60%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Médicament</td><td colspan="3">Irremplaçable des affections graves et invalidantes
= Vignette blanche barrée</td><td>100%</td></tr>
<tr><td colspan="3">Symptomatique d'affection sans gravité = Vignette bleue</td><td>35%</td></tr>
<tr><td colspan="3">Autres médicaments et vaccins = Vignette blanche</td><td>65%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hospitalisation (public ou privé)</td><td>80%</td><td>Transport sanitaire</td><td>65%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Analyse biologique</td><td>60%</td><td rowspan="2">Lunettes
Prothèses dentaires ou auditives</td><td rowspan="2">65%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Auxiliaire médical (infirmier, kiné)</td><td>60%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Prise en charge des soins</td><td rowspan="3">Exonération du ticket modérateur</td><td colspan="5">➝ Le motif de l'exonération doit être indiqué sur la feuille de soins</td></tr>
<tr><td>Lié à la nature de l'affection</td><td colspan="4">- Soins conformes au protocole ALD selon la liste des 30 affections ou ALD 31
- Soins conformes au protocole polypathologie invalidante (32e ALD) : nécessitant des soins continus sur une durée prévisible > 6 mois (32e maladie)
- Campagne nationale de prévention
- Diagnostic et traitement de la stérilité</td></tr>
<tr><td>Pour tous types de soins</td><td colspan="4">- Bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension militaire
- Bénéficiaire de la CMU complémentaire
- Titulaire d'une rente d'AT/MP pour une incapacité ≥ 2/3
- Mineurs victimes de sévices sexuels
- Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de vie
- Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée</td></tr>
<tr><td>Par nature du risque</td><td colspan="4">- Maternité du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12h après accouchement
- Accident du travail/maladie professionnelle</td></tr>
<tr><td>Forfait journalier</td><td colspan="5">= Forfait de participation aux frais d'entretien et d'hébergement en cas d'hospitalisation = 18€
- Non pris en charge par l'assurance maladie</td></tr>
<tr><td>Participation forfaitaire</td><td colspan="5">= Participation de 1€ demandée à chaque consultation, analyse biologique ou acte de radiologie
- Sans dépasser 50€/an
- Dispensés : patients < 18 ans, CMUc, AME ou femmes enceintes à partir du 6e mois
- Ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire</td></tr>
<tr><td>Franchise médicale</td><td colspan="5">= Déduite des remboursements au patient : plafonné à 50€/an, ne peut dépasser 2€/jour pour des actes paramédicaux ou 4€/jour pour des transports sanitaires
- Médicaments = 0,50€/boîte
- Actes paramédicaux = 0,50€/acte
- Transports sanitaires = 2€/trajet
- Dispensés : patient < 18 ans, CMUc ou AME, femme enceinte à partir du 6e mois
- Ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire</td></tr>
<tr><td>Tiers payant</td><td colspan="5">Dispense l'assuré de l'avance des frais pris en charge par l'assurance maladie.
Ce dernier ne paie que le ticket modérateur.</td></tr>
<tr><td>Parcours de soins coordonnés</td><td colspan="5">- Médecin traitant pour tout patient > 16 ans, déclaré avec son accord à l'organisme d'assurance maladie (généraliste ou spécialiste, hospitalier ou ambulatoire)
➝ Modification du choix du médecin traitant à tout moment et librement
- Médecin spécialiste : majoration du ticket modérateur (70% au lieu de 30%) si le patient n'est pas adressé par son médecin traitant</td></tr>
</table>

Prestations

Prise en charge des soins

Protocole de soins ALD

= Affection comportant un **traitement prolongé particulièrement coûteux** : **ALD 30** (liste établie par décret), **ALD hors liste (31e maladie)** ou **polypathologie invalidante d'une durée supérieure à 6 mois (32e maladie)**
- **Exonération du ticket modérateur** seulement pour les soins directement en rapport avec cette affection, selon les recommandations de la HAS
- **Protocole de soins :** éléments de diagnostics (diagnostic de la maladie figuré selon le choix du patient), traitements prescrits, consultations spécialisées et examens paracliniques
- **Ordonnance bizone** afin de distinguer les prescriptions en rapport avec l'ALD
- Pour le patient : - Doit présenter son **volet personnel du protocole de soin**
  - Doit se **conformer au projet thérapeutique** établi
  - Doit se **présenter aux contrôles et visites médicales de l'assurance maladie**

1 – AVC invalidant 2 – Insuffisance médullaire, cytopénie chronique 3 – Artériopathie chronique évolutive avec manifestation ischémique 4 – Bilharziose compliquée 5 – Insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme, cardiopathie valvulaire ou congénitale grave 6 – Maladie chronique active du foie, cirrhose 7 – Déficit immunitaire primitif grave, infection VIH	8 – Diabète type 1 et 2 9 – Affection neurologique et musculaire grave, épilepsie grave 10 – Hémoglobinopathie, hémolyse chronique sévère 11 – Hémophilie et affection constitutionnelle de l'hémostase grave 12 – HTA sévère → supprimée en 2011 13 – Maladie coronaire 14 – Insuffisance respiratoire chronique grave 15 – Maladie d'Alzheimer, démence 16 – Maladie de Parkinson 17 – Maladie métabolique héréditaire 18 – Mucoviscidose	19 – Néphropathie chronique grave, syndrome néphrotique primitif 20 – Paraplégie 21 – Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive 22 – PR évolutive et grave 23 – Affection psychiatrique 24 – RCH, maladie de Crohn évolutive 25 – Sclérose en plaque 26 – Scoliose structurale évolutive 27 – Spondylarthrite ankylosante grave 28 – Suite de transplantation 29 – Tuberculose active, lèpre 30 – Tumeur maligne

CONSOMMATION MEDICALE – ECONOMIE DE SANTE

Agrégats

Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

= Valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les résidents et non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé
= **3000€/personne** en 2016, soit **200 milliards d'euros** : croissance en ralentissement (**2,9%**)
- **Consommation de soins hospitaliers** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) = **45%** (↗)
- **Consommation de soins ambulatoires** (cabinet de ville, consultation externe en hôpital) = **25%** (↗)
- **Consommation de médicaments et biens médicaux** (optique, prothèses…) = **25%** (↘)
- **Consommation de transports sanitaires** = **2%** (↗)

Consommation de service de médecine préventive (CSMP)

= **Dépenses de prévention à caractère individuel** = 3,4 milliards d'euros en 2012
- **Médecine préventive** de l'éducation nationale
- **Service de médecine universitaire**
- **Service de PMI** financé par les conseils généraux
- **Médecine du travail**
- **Service de médecine préventive de l'Etat** (vaccinations obligatoires…)

Consommation médicale totale

= Somme de la CSBM et CSMP
2860€/personnes en 2012
soit 187 milliards d'euros

Hospitalisation publique = 35%
Hospitalisation privée = 10%
Médicaments = 20%

Médecins = 10%
Auxiliaires médicaux = 6,5%
Analyses = 2,5%

Dépense courante de santé (DCS)

= **Ensemble des dépenses engagées par les financeurs du système de santé** (Sécurité sociale, Etat, collectivités locales, organismes complémentaires et ménages) : champ plus vaste que la CSBM
- **Dépenses de prévention individuelle et collective**
- Autres dépenses pour les malades : **indemnités journalières maladies, accident du travail et maternité, soins aux personnes âgées et handicapés en établissement**
- Dépenses en faveur du système de soins : **subventions du système de santé, recherche médicale et pharmaceutique, formation des professionnels de santé, gestion du système de santé**

Dépense totale de santé (DTS)

= Correspond à la DCS, auquel sont retranchés les indemnités journalières et les dépenses de prévention, recherche et formation, et ajoutés les dépenses liées au handicap et la dépendance et les investissements pour la santé → **comparaison internationale**
- ↗ de la DTS plus rapide que l'activité économique dans tous les pays européens : ↗ de la part du PIB
- **France** = **11,6% du PIB** = **235 milliards d'euros** : 3e position, après Etats-Unis (18%), Pays-Bas (12%)

Déterminants

- **Vieillissement de la population** : dépenses de santé concentrées aux âges extrêmes (< 2 ans et > 65 ans)
- **Evolution des structures de morbidité** : ↗ pathologies dégénératives chroniques par rapport aux pathologies aiguës
- **Innovation technologique médicale** : obéit à une loi de rendement décroissant (l'innovation conduit à un gain d'efficacité de moins en moins important pour un coût de plus en plus élevé)
- **Tendance à la spécialisation et à la technicisation**
- **Défaut de coordination** (résultant en partie de la spécialisation et de la technicisation) : juxtaposition d'activités très différenciées mais peu coordonnées, conduisant à un défaut d'ajustement de l'offre de soins aux besoins des patients
- **Solvabilité de la demande** : amélioration de l'accès aux soins, ↗ de la consommation avec la couverture
- **Demande induite par l'offre** : ↗ de l'offre (médecins, lits d'hospitalisation) à l'origine d'une ↗ de la demande

Régulation

→ Encadrer la croissance des dépenses de santé et accroître le niveau d'efficience du système de santé

Logique de dissociation

= Dissocier le niveau de prise en charge des tarifs de prestations en introduisant de instruments de co-paiement : ticket modérateur, forfait journalier, franchise médicale, participation forfaitaire
- Limites : comportements de **renoncement** et de **recours différés** aux soins

Logique d'encadrement

- De la dépense de soins : vote annuel de **l'ONDAM** par le parlement dans le cadre de la LFSS
- De l'offre de soins : ***numerus clausus* des professions médicales**, **schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)** intégrés aux **projets régionaux de santé (PRS)**
- Des tarifs et volumes : des établissements de soins, médecine de ville et industrie pharmaceutique

Logique d'incitation

= Faire adopter des comportements :
- Aux assurés : **parcours de soins coordonnés**
- Aux prescripteurs : observance des **recommandations de pratique clinique**, prescription de **génériques**, **rémunération sur le forfait** et **rémunération sur objectifs de santé publique**

Logique d'évaluation

= Améliorer les pratiques professionnelles et limiter les pratiques inutiles, coûteuses ou dangereuses : passe par le **développement professionnel continu** et la **certification des établissements de santé**

Logique de coordination

= Accroître la coordination des soins : **dossier médical personnalisé, parcours de soins coordonné par le médecin traitant, réseaux de santé**